



XI Congresso Português de Sociologia  
*Identities ao rubro: diferenças, pertencças e  
populismos num mundo efervescente*  
Lisboa, 29 a 31 de março de 2021

## **Classes, Desigualdades e Políticas Públicas/Desafios para as Políticas Públicas**

### **A Pandemia do Covid 19 no Brasil: Organizações Sociais da Saúde e privatização da Saúde Pública**

**MENEZES, Débora Holanda;** Universidade Federal do Rio de Janeiro; Escola de Serviço Social; Departamento de Fundamentos do Serviço Social; [debyholanda@gmail.com](mailto:debyholanda@gmail.com). Rio de Janeiro-RJ, Brasil. 22715-260

**LEITE, Janete Luzia;** Universidade Federal do Rio de Janeiro; Escola de Serviço Social; Departamento de Fundamentos do Serviço Social; [janetell@ess.ufrj.br](mailto:janetell@ess.ufrj.br). Avenida Pasteur, 250/Escola de Serviço Social. Rio de Janeiro-RJ, Brasil. 22290-240

**SOARES, Maurício Caetano;** Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro; Instituto de Ciências Sociais e Aplicadas; Departamento de Economia Doméstica e Hotelaria; [mcmsoares@yahoo.com.br](mailto:mcmsoares@yahoo.com.br). Rio de Janeiro – Nova Iguaçu, Brasil. 26.290-666

#### **Resumo**

No Brasil, a partir da década de 1990, as Políticas Públicas de Saúde sofrem os ajustes fiscais, oriundos do neoliberalismo. Na sua gestão, o protagonismo recai sobre as regras contábeis e orçamentárias das empresas privadas, na operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), oportunizando a entrada do mercado nesta Política, por meio das Organizações Sociais (OS). O estado do Rio de Janeiro foi o pioneiro na adoção desse modelo gerencialista. Com a crise sanitária provocada pela pandemia da Covid-19, este modelo tem sido alvo de denúncias pela mídia e Ministério Público sobre a má utilização do dinheiro público. Analisamos as OS que atuam no Rio de Janeiro a partir de seus contratos e situação durante o ano de 2020. O atual quadro da saúde reforça a necessidade de operacionalização do SUS e a sua potencialidade ser público, universal e gratuito.

Palavras-chave: Covid-19; Privatização da Saúde; Gestão; Brasil.



## **Introdução**

A década de 1980, no Brasil, representou um divisor de águas, pois a redemocratização do país implicou em um movimento de ampliação de direitos políticos e sociais que atravessou toda a sociedade, cujo expoente foi a promulgação de uma nova Constituição Federal, em 1988. Nela, a Política de Saúde consagrou-se pela instituição da universalidade do acesso, pela responsabilidade do Estado na sua condução, e pela implementação de um Sistema Único de Saúde (SUS).

Entretanto, a partir do que ficou conhecido como Consenso de Washington (1989), o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional condicionaram um novo empréstimo ao Brasil à implementação de uma Reforma do Estado que promovesse um ajuste fiscal e reduzisse as políticas sociais públicas. Assim, o enxugamento da máquina estatal teve início nos governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998 e 1999-2003), que implementou uma ampla reforma de Estado no país com um explícito caráter liberal-gerencial, baseada na concorrência e na responsabilização da sociedade civil pelas políticas sociais.

Uma das consequências da reforma administrativa de cunho gerencialista foi a instituição do modelo de Organizações Sociais (OS), em 1998, para a gestão das atividades pertencentes ao “espaço público não estatal”, incluindo a Política de Saúde. As OS são regidas pelo regime privado e gerenciadas pelo Terceiro Setor, consubstanciando-se em uma opção neoliberal viável à gestão pública, principalmente quando aplicada à saúde. A inserção das OS na operacionalização do SUS oportunizou a entrada do mercado na condução da política pública de saúde, desresponsabilizando o Estado da oferta e manutenção deste serviço à população.

As OS são apresentadas como parceiras do Estado para gerir as Unidades de Saúde, trazendo no seu modelo de gestão características que supostamente seriam mais favoráveis à operacionalização da política, a exemplo das regras contábeis e orçamentárias das empresas privadas. O estado do Rio de Janeiro foi um dos primeiros a aderir à proposta das OS, em 2012, funcionando como uma caixa de ressonância para o resto do país, motivo pelo qual é o *locus* deste trabalho.

Hoje, em plena pandemia do novo Coronavírus (Covid-19), vive-se um momento tenso no que concerne à gestão da saúde pública no Rio de Janeiro. As OS vem ganhando as manchetes da mídia falada e escrita devido a malversações praticadas, que

foram denunciadas pelo Ministério Público, transformando-se em alvo de questionamentos sobre superfaturamento, corrupção, transparência, qualidade, controle e utilização indevida do dinheiro público na prestação dos serviços de saúde à população. Neste momento de crise sanitária, os problemas antigos ganham novas roupagens. Outrossim, a resposta do governo brasileiro para a pandemia minimiza esses problemas antigos, principalmente aqueles vinculados à realidade sanitária e à desigualdade social.

As linhas seguintes apresentam os achados de um profícuo estudo sobre a privatização da saúde no Brasil, tendo como base a condução dos propósitos neoliberais nas unidades de saúde públicas do Rio de Janeiro, notadamente no primeiro ano da pandemia da Covid-19.

### **Enquadramento teórico**

A política pública de saúde no Brasil emerge no início do século XX, a partir da necessidade econômica do país de superar as crises sanitárias que interferiam na relação de compra e venda de produtos nas zonas portuárias brasileiras. A ação estatal era conduzida tendo como fundamento o modelo campanhista<sup>1</sup> – pontual e paliativo –, não incorporando as necessidades sanitárias da população, mas adequando-as a padrões sustentáveis ao desenvolvimento capitalista.

A partir da década de 1930, a saúde brasileira recebe uma maior atenção do Estado que, necessitando acompanhar o desenvolvimento do capitalismo internacional, industrializava-se rapidamente. As ações interventivas estatais ocorrem por meio da implantação de políticas sociais, com vistas ao controle da classe trabalhadora e manutenção da hegemonia burguesa a partir da lógica bismarckiana<sup>2</sup>, que tinha “base conservadora e autoritária e, portanto, avessa às ideias igualitárias da social-democracia” (Pereira, 2011, p. 41), à época em expansão nos países centrais.

Por outro lado, expressavam iniciativas de valorização e “reconhecimento” da classe trabalhadora, que deveria ser disciplinada, mas também estimulada a superar as suas problemáticas individuais e alçar o desenvolvimento próprio, o que refletiria no desenvolvimento social de muitos. Nessa visão liberal, as políticas sociais atingem as sequelas da questão social, que são recortadas e entendidas como problemas particulares; constituindo-se, portanto, em instrumentos para “salvar” os sujeitos de

suas disfuncionalidades a partir do acesso a oportunidades iguais. Por isso, as políticas sociais eram voltadas exclusivamente aos trabalhadores formais, ou seja, uma espécie de incentivo ao desenvolvimento pessoal daqueles que contribuíam para o desenvolvimento do país.

A política de saúde, nesse contexto, ganha a titularidade de Medicina Previdenciária – voltada aos trabalhadores com vínculo formal por meio da Carteira de Trabalho, assumindo um padrão de proteção social regulado pela meritocracia. Aos pobres, desempregados e todos aqueles que não usufruíam dos serviços prestados pela previdência social, restava a saúde pública – de base filantrópica por meio das Santas Casas.

A Ditadura Militar (1964-1985) foi marcada por uma dualidade conhecida como “repressão/assistência”, que expressa o endurecimento das medidas cerceadoras da liberdade e restrição de direitos e a ampliação de serviços sociais, mas que não ocultava a direção em favor do capital. A proposta para a saúde reuniu os Institutos Previdenciários representativos de determinados trabalhadores em um só Instituto, garantindo ao governo um montante financeiro que permitiu o subsídio do setor privado com tecnologias e capacitação, proporcionando a ampliação do mercado de saúde, representado pelos planos de saúde.

Ao final da década de 1970, as mudanças capitalistas no cenário mundial impactaram as forças do regime ditatorial no Brasil, o que favoreceu aos movimentos populares de resistência, trazendo às ruas do país movimentos sociais e populares que galvanizaram uma série de reivindicações, culminando na luta em prol a redemocratização brasileira. Na saúde, o mote maior se fundava na defesa do projeto de Reforma Sanitária, cuja base era a preocupação com a democratização do acesso, a universalidade, a descentralização, a integralidade e a equidade das ações. São estes os princípios que fundam o Sistema Único de Saúde (SUS) consagrado na Constituição Federal de 1988 e implementado pela Lei 8.080 de 1990<sup>3</sup>.

Neste contexto, de acordo com Netto (1996), destacam-se dois projetos societários antagônicos: o da democracia restritiva (que diminui os direitos sociais e políticos) e o da democracia de massas (com ampla participação social).

No âmbito da Política de Saúde, o primeiro reverbera na defesa de um projeto privatista, que tem por pilar a privatização de todo o Sistema de Saúde e a sua refilantropização para aqueles que não puderem pagar (Bravo, 1999). O segundo

assenta-se na defesa de um projeto de Reforma Sanitária, cuja base é a democratização do acesso, universalidade, descentralização, integralidade e equidade das ações (Bravo, 1996).

Decerto, entre reivindicações e concessões, o perfil da política de saúde foi alterado, conforme supracitado, sendo redefinido na Constituição Federal de 1988 como política social pública de responsabilidade estatal que, junto às políticas de Assistência Social e Previdência Social constituindo o tripé da Seguridade Social.

Como já aludido, ao longo dos anos 1990, em consequência ao processo de mundialização do capital<sup>4</sup>, gerenciado pelos organismos internacionais e consubstanciado no chamado Consenso de Washington, deu-se início a Reforma do Estado brasileiro. Tendo a privatização como elemento articulador, a Reforma objetiva abrir todas as atividades econômicas rentáveis aos investimentos privados, com o intuito de ampliar a acumulação a partir da mercantilização dos serviços sociais públicos, reduzindo assim os gastos estatais com as políticas sociais e redirecionando as responsabilidades do Estado com a proteção social para a esfera do individual e da sociedade civil, atingindo medularmente os avanços constitucionais de 1988 e priorizando a agenda neoliberal (Soares, 2001).

Em 1995, o Presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC) conduz um conjunto de mudanças estruturais para o Brasil apoiadas no documento elaborado por Luiz Carlos Bresser-Pereira, à época Ministro da Administração e Reforma do Estado (MARE), denominado *Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado* (Brasil, 1995). Esse documento definia que a administração pública vigente era extremamente burocrática, devendo ser superada por um modelo gerencial, cujas características seriam a eficiência, o controle de metas e de resultados, a redução dos custos (notadamente com recursos humanos) e o aumento da produtividade.

Nessa direção, o Plano Diretor, aprovado no mês de setembro daquele ano, materializaria as propostas encaminhadas pelos organismos internacionais, no sentido de racionalizar os gastos na área social e fortalecer o setor privado na oferta de bens e serviços coletivos, assim como derruir o caráter universal das políticas sociais públicas (Correia, 2007).

A tendência geral da reforma do Estado é a redução de direitos, transformando as políticas sociais em ações pontuais e compensatórias, mantendo o caráter universal da

saúde centrado apenas na atenção básica, enquanto os serviços de alta complexidade são deslocados para o setor privado, devido à sua lucratividade.

A estratégia de retirada do Estado na condução das políticas sociais tem como parâmetros: a) a privatização do funcionamento e da produção dos serviços; b) o corte dos gastos sociais; c) a eliminação de programas e benefícios, canalizando gastos para grupos carentes; e d) a descentralização em nível local – transferência para o campo privado ou para o setor público não estatal.

Esta estratégia adquire legalidade com a institucionalização das Organizações Sociais (OS) pela Lei nº 9.637, de 15 maio de 1998<sup>5</sup>, e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), regulamentadas pela Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999, as quais fundam a lógica gerencial de empresas privadas no serviço público (Menezes & Leite, 2016).

As OS, na sua essência, apresentam a proposta de privatização do público, cabendo ao Estado continuar fomentando as atividades publicizadas e exercer sobre elas o controle estratégico, demandando os resultados necessários a atender os objetivos das políticas públicas, sendo o contrato de gestão a forma de regular as OS. Em síntese, as OS são regidas pelo regime privado e gerenciadas pelo Terceiro Setor.

Para justificar a mudança na forma de gestão, além da sobejamente conhecida satanização do público, os arautos das OS apregoam suas vantagens: uma maior flexibilização na contratação de pessoal (sem a realização de concurso público, via seleção simplificada); processo de realização de compras mais fácil e menos corrupto (dispensando o processo licitatório); e estabelecimento de metas (reconhecimento pelo empenho no trabalho).

A adoção deste novo modelo gerencial incluiu, ainda, uma reforma gerencial na Saúde, materializada na Norma Operacional Básica (NOB), de 6 de novembro de 1996, inspirada no modelo inglês: descentralizar a administração e o controle dos gastos; transformar os hospitais em unidades públicas não estatais; criar um sistema de entrada e triagem na rede de saúde; e instalação de hospitais e ambulatórios especializados. A intervenção do Estado, nesse novo modelo, constitui-se em garantir o mínimo a quem não pode comprar o serviço privado – oferecido pelas empresas de saúde restrito àqueles que possuem condições para adquirir –, ou seja, os “desprovidos” ficam à mercê da saúde pública (com poucos recursos financeiros, materiais e humanos).

Paradoxalmente, a efetivação dessa proposta na política de saúde pública ocorre no governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva – do Partido dos Trabalhadores (PT) –, que chega à Presidência do Brasil nas eleições de 2002. A sua posse representou um marco político na história do Brasil, pois foi a primeira vez que um representante da classe operária, com forte experiência de organização política sindical foi eleito Presidente da República, demonstrando uma reação da população ao projeto neoliberal da década de 1990.

No primeiro governo de Lula da Silva (2003-2006), a política de ajuste macroeconômico do governo anterior foi aprofundada, tornando as políticas sociais mais vulneráveis em face das limitações dos gastos públicos. Por mais opositorista que Lula da Silva tenha sido durante o governo FHC, na sua gestão, ele assumiu a política neoliberal – a estabilização do superávit primário e a manutenção das taxas de juros elevadas –, notória nas ações em consonância com a focalização, a precarização, a terceirização dos recursos humanos, e o desfinanciamento da Seguridade Social.

No segundo mandato, o governo de Lula da Silva implementou as OS no Brasil, designando a José Gomes Temporão, Ministro da Saúde, a tarefa de potencializar o desenvolvimento das Fundações e das Organizações Sociais, no âmbito das esferas estaduais, nos moldes propugnados no Plano de Reforma do Estado de Bresser-Pereira. Esse processo ocorre de forma paulatina e sofre inúmeras ações de resistência protagonizadas pelas lutas populares em defesa do SUS e da vida. Ademais, era necessário o cenário perfeito para que o Estado fomentasse transição da gestão pública para a público-privada.

E isso ocorre em dezembro de 2007, quando foi aprovada a Fundação Estadual dos Hospitais Gerais, dos Hospitais de Urgência, dos Institutos de Saúde, e da Central de Transplantes como única via para sanar as crises sanitária e econômica que assolavam as unidades federativas do Brasil, com especial destaque para o estado do Rio de Janeiro.

Cabe destacar que na transição da gestão pública para a gestão privada – ou público-privada –, as unidades em processo são modernizadas e recuperadas pelo fundo público para, em seguida, serem entregues à iniciativa privada. Assim, o espaço até então público se metamorfoseia em nichos público-privados, ou seja, a estrutura das instituições se mantém pública, enquanto a sua administração e gerência se deslocam para o âmbito do privado. O Rio de Janeiro foi um dos primeiros a aderir à proposta das

OS/OSCIP, funcionando como uma verdadeira caixa de ressonância para as receitas empregadas pelo grande capital e seus prepostos no resto do país.

Os presidentes seguintes apenas selaram as propostas já vigentes no país. Nos mandatos de Dilma Rousseff (2011-2014 e 2015-2016) é consolidada a entrega de vários serviços antes prestados pelo SUS a empresas da iniciativa privada. A princípio, há a abertura do setor saúde ao capital estrangeiro, mormente na prestação de serviços por meio da Medida Provisória (MP) nº 656, de 7 de outubro de 2014, posteriormente transformada na Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015.

O seu sucessor, ilegítimo, Michel Temer (2016-2019) deu continuidade ao processo de privatização não clássica na saúde: congelou os recursos orçamentários para as políticas sociais por 20 anos, estabeleceu legislações verdadeiramente regressivas na política de Saúde Mental, e firmou articulação com o setor privado através da Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde<sup>6</sup>, divulgada em 2017.

A eleição de Jair Bolsonaro, em 2018, prenunciou cortes (ainda mais) significativos para as políticas sociais, anunciados em seu Programa de Governo – *O Caminho da Prosperidade. Brasil acima de tudo. Deus acima de todos*<sup>7</sup>. As principais reformas deveriam acontecer rapidamente, enquanto o governo ainda gozasse da aura auferida pelos votos recebidos no pleito eleitoral. Os primeiros ataques foram desfechados sobre a Saúde, a Educação e a Previdência Social<sup>8</sup> – nichos altamente lucrativos no Brasil.

Com o médico Luiz Henrique Mandetta (01/01/2019 a 16/04/2020), conhecido por sua vinculação com a Unimed e com a rede filantrópica da Saúde, à frente do Ministério da Saúde, em 15 meses de gestão implementou medidas significativas de depreciação do SUS. Um exemplo foi a proposta de “reformulação” do Programa Mais Médicos que, sob o argumento de torná-lo mais técnico, na prática expulsou os médicos cubanos e ampliou as dificuldades de permanência dos médicos brasileiros. No campo da Saúde Mental, as conquistas da Reforma Psiquiátrica foram abaladas por meio das iniciativas de desmonte dos Centros de Atendimento Psicossociais e investimentos nas Comunidades Terapêuticas.

No ano de 2020, a pandemia da Covid-19 desnuda o desmonte do SUS e a intensificação dos processos de privatização das políticas públicas, promovido especialmente pelo Governo Federal. Dois fenômenos são identificados a partir de então. Um relacionado ao negacionismo do governo federal em relação a fatalidade e existência da pandemia, notório nos discursos presidenciais, em oposição às orientações

científicas mundiais de prevenção e combate à doença. Em nome da economia, o governo ignora as mais de 500 mil mortes no Brasil, incentiva aglomerações, condena o uso de máscara, defende um tratamento precoce falacioso – viável apenas a saúde da indústria farmacêutica –, e afunda o país em uma crise econômica, política e sanitária.

O outro relacionado a manutenção do sistema de saúde brasileiro, que atesta diariamente a negligência estatal com a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. O modelo gerencial privado implantado já não respondia a necessidade da população e, em tempos de pandemia, ele leva o sistema de saúde a vias do colapso. A resultante é a proliferação de problemas e escândalos ligados a este modelo de gestão no enfrentamento da pandemia da Covid-19, sobejamente relatados na mídia falada e escrita.

Ainda assim, foi para a OS a destinação da gestão dos Hospitais de Campanha, cuja função é a de receberem os prováveis indivíduos infectados pelo Coronavírus.

### **Metodologia**

O cenário de contradições apresentados entre a direção social do SUS e a sua condução em vias de fato pelo Estado, desde a sua implantação, impulsiona estudos que possibilitam construir um panorama no qual essas contradições se manifestam e como elas se concretizam, possibilitando uma consciência teórica dos fenômenos capaz de criar argumentos e lutas de resistência.

O estudo que apresentamos expressa o percurso metodológico que busca a compreensão do presente a partir de sua historicidade, pautando-se no pensamento crítico de Marx, isto é, permitindo sintonizar a história com os movimentos espraiados nas relações entre as forças produtivas e as relações de produção imbricadas no “sistema totalizante de contradições, que conferem à ordem burguesa os seus traços basilares de exploração, alienação e transitoriedade histórica” (Netto, 2001). Dessa forma, analisa a sociedade capitalista a partir da indissociabilidade entre economia e política, tomando por base a existência de classes sociais antagônicas, nas conexões e relações necessárias na/para sustentação da sociedade do capital, identificando o Estado não como um ente que responde a interesses universais, mas como instrumento da burguesia.

Nesse complexo fica evidente um universo de significados inseparáveis da realidade a ser estudada e, no seu cerne, a condução nefasta da Políticas de Saúde brasileira com

foco na reestruturação de seu modelo de gestão. Daí emerge a hipótese, aqui defendida, que a atual “modernização” da organização do Estado na condução das políticas públicas de saúde é, na verdade, um processo de desconstrução do direito universal à saúde por meio da introdução de modelos de gestão, que implantam a substituição da lógica do direito social pela lógica do gerencialismo empresarial.

Partindo desse entendimento objetiva analisar as mudanças contemporâneas na gestão dos serviços públicos de saúde e a adoção de um novo modelo de gerenciamento e administração das unidades de saúde em todas as esferas do poder público. Outrossim, pretende demonstrar que as OS, longe de serem um avanço – conforme apregoadado –, na verdade representam destruição dos princípios basilares do SUS, trazendo um enorme prejuízo para a população que necessita dos serviços de saúde públicos, conforme a atual pandemia do Covid-19 está demonstrando.

Para tal, se fazia necessário um campo para a consecução desse estudo que tivesse uma dinamicidade exclusiva, ao mesmo tempo em que manifestasse ações de diferentes níveis de governo concomitantemente sobre a mesma proposta política e de serviços. O estado do Rio de Janeiro é a unidade federativa do Brasil que reúne, sob os mesmos serviços, esforços das três esferas de governo, ou seja, há unidades de saúde federais, estaduais e municipais atuantes simultaneamente no mesmo nível de complexidade de saúde. Ademais, ele, foi o primeiro estado a adotar os novos modelos de gestão público-privada nos serviços da política de saúde – palco perfeito para o ato aqui proposto.

A sua base se desenvolve a partir de uma pesquisa documental em fontes primárias, e a partir delas, busca apresentar as características e os determinantes dos fenômenos, estabelecendo a relação entre as variáveis identificadas nos dados coletados por meio do levantamento das instituições de saúde inscritas nas Secretarias de Saúde Municipal e Estadual e no Ministério da Saúde durante o período de janeiro de 2020 até janeiro de 2021. A escolha deste período se dá em acompanhamento do cenário pandêmico, analisando os contratos de gestão disponíveis em plataformas virtuais da Secretaria Estadual de Saúde.

Atualmente, os modelos de gestão para a área da saúde pública vigentes no Brasil estão baseados nas construções de Parcerias Público-Privadas (PPP) por meio das Organizações Sociais da Saúde (OSS)<sup>1</sup>, da Fundação Saúde (FS), e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que têm assumido cada vez mais a responsabilidade do Estado na gerência do serviço público.

## **Resultados**

O estudo sobre as Organizações Sociais na Saúde (OSS) proporcionou a compreensão da funcionalidade desse modelo de gestão aos propósitos neoliberais e a gravidade de seus reflexos sobre os direitos sociais, podendo ser comparado a uma bomba atômica de efeitos imediatos e devastadores, posto que elimina o princípio da universalidade e exponencia a desigualdade social.

No documento *Brasil: governança no Sistema de Saúde Brasileiro*, o Banco Mundial (BM) aponta as falhas de *governança*<sup>9</sup> como o principal problema enfrentado pelo SUS, sendo a mudança de gestão a prescrição resolutiva para o problema apresentado. Em outras palavras, a gestão do SUS precisa de ser “reatualizada” e “modernizada”, logo ser ajustada a um novo perfil, fundado nas Parcerias Público-Privadas (PPP), que “constituem-se uma estratégia mundial de maximização do capital implementada por diversos Estados, em meio às tendências de supercapitalização”.

A implementação das PPP viabilizou a expansão dos serviços de saúde por meio das OSS, sob os argumentos firmados na Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), cujo objetivo destina-se a atingir o equilíbrio das contas públicas ao limitar gastos. Uma das medidas postas nesta lei foi estipular um percentual máximo a ser gasto da receita corrente líquida de cada esfera de governo, colocando um limite nas despesas de gastos com a folha de pagamento.

Outra base argumentativa e que estabelece o respaldo à ampliação dos serviços de saúde via Terceiro Setor ou setor público não-estatal, pode ser encontrada na Medida Provisória (MP) nº 1.591/97, que dispõe sobre a qualificação de entidades como as OS, regulamentadas pela Lei nº 9.637/1998 como “pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, entidades de interesse social e de utilidade pública, podendo atuar em diversos setores, dentre os quais temos o setor saúde”.

A qualificação das OSS para prestação de serviços ocorre por meio de Editais de Contratação, os quais são publicados no Diário Oficial do Estado. Nos diversos Editais, as OSS são definidas como organizações sem fins lucrativos voltadas a operacionalização e execução dos serviços de saúde em Unidades determinadas. Também estabelecem as obrigações da OSS, dentre elas a prestação gratuita e universal dos serviços de atenção à saúde aos usuários no âmbito do SUS. Cabe destacar aqui que

não há qualquer preocupação com a qualidade dos serviços, que são pontuais, paliativos, emergenciais e limitados às ações contratuais.

Na análise das características das OSS, uma das principais se refere ao conceito de saúde vinculado a *beneficência* e a *ações sem fins lucrativos*, porque as OSS possuem parte de seu financiamento vinculado a doações – elemento que remonta a forma de condução da política pública de saúde do início do século passado. Nota-se, portanto, uma dissociação da lógica do direito, que fica oculto sob o manto da *benesse*.

No tocante ao compromisso com o desenvolvimento de pesquisas científicas nas OSS, os estudos apresentados – quando existem – são incipientes e não correspondem à realidade social. Assim, a maioria das Organizações limita-se a apresentar *missões*, *valores* e *compromissos*, sempre associados à lógica da solidariedade e da responsabilidade da sociedade civil. Todavia, é imprescindível destacar que uma das responsabilidades postas no SUS é o compromisso com a preparação e a qualificação de profissionais e de serviços para os quais são essenciais o apoio e a realização de pesquisas científicas atreladas aos vetores epidemiológicos, sociais, econômicos e culturais.

Em relação aos contratos, esse estudo identificou que neles há penalidades para o descumprimento da prestação de serviços, a exemplo da aplicação de advertência e multas, que variam conforme o agravante. Neles, estão previstos a realização de Auditoria, mas sem explicitar os trâmites para a sua execução, assim como nos demais documentos contratuais (Editais e Termos de Referência), limitando as formas de monitoramento financeiro e fiscalização dos contratos firmados.

Tal achado sincroniza com a questão da *transparência dos gastos e investimentos*. Os *valores dos contratos* de gestão, se comparados com os repasses anteriores, tendem ser maiores do que quando o serviço era prestado diretamente pelo Estado, mas a definição de como são utilizados não é explícita. Algumas OSS apresentam *links* para transparência. Na esfera municipal foi identificado, supostamente, uma equipe para este controle; quanto na esfera do estado o controle é feito pelo Tribunal de Contas do Estado, que não explicita a relação receita/despesa, colocando a sociedade civil à margem do acompanhamento destes repasses.

No que concerne ao controle da sociedade civil aos repasses, não foi identificada nenhuma espécie de Conselho Consultivo das OSS; apenas Conselhos Municipais e Distritais de Saúde, os quais são previstos por Lei como instrumentos de controle social

na saúde, mas contam com pouca participação da sociedade civil, pois essa não reconhece o potencial desse instrumento – utilizado por vezes ideológica e partidariamente.

O *gran finale* desse quesito curiosamente se destaca naquilo que seria o ponto forte das OSS: o modelo de gestão centrado na realização de *metas e produtividade*. Contudo, nos documentos e portais virtuais consultados, não foram localizados tais indicadores, tampouco a sua relação com os valores dos serviços contratados pelo governo.

No estado do Rio de Janeiro, os estudos encontraram notificação de contratos com as OSS a partir do ano de 2012. Observa-se que o ingresso das OSS tem ocorrido em Hospitais, Unidades de Pronto Atendimento e Estratégias de Saúde da Família nas esferas municipais e estaduais. Somado a esse montante, no ano de 2020 foram sete Hospitais Estaduais de Campanha para a Covid-19 inaugurados, totalizando a oferta de 1400 leitos.

Segundo o Portal da Secretaria Estadual de Saúde (2020), as instituições públicas estaduais são gerenciadas por 22 OSS, a saber: Associação Fraternidade Lar São Francisco Assis Providência de Deus; Hospital-Maternidade Therezinha de Jesus; Instituto Data Rio Administração Pública; Instituto dos Lagos Rio; Viva Rio; Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar; Viva Comunidade; Instituto D’or de Gestão de Saúde Pública; Instituto Sócrates Guanaes; Associação Congregação de Santa Catarina; Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina; Cruz Vermelha Brasileira; Instituto de Atenção Básica e Avançada a Saúde IABAS; Hospital Psiquiátrico Espírita Mahatma Gandhi; Instituto Unir Saúde; Instituto Gnosis; Instituto Diva Alves do Brasil (DIAB); Instituto Solidário; Associação Filantrópica Nova Esperança; Sociedade Beneficente Caminho de Damasco; Associação de Proteção a Maternidade e Infância de Mutuípe.

O controle desses contratos é realizado pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (MPERJ), que tem a função de fiscalizar e proteger os princípios e interesses fundamentais da sociedade. Uma das ações de fiscalização, a *Operação Calvário*<sup>10</sup>, realizada em 2016, foi protagonista na apuração de irregularidades e desvios de dinheiro público nos contratos com as OSS. Quatro anos depois, uma nova operação, intitulada *Placebo*<sup>11</sup> foi deflagrada pelo MPERJ e compartilhada com a Procuradoria-Geral da União, para apurar irregularidades em compras de serviços e insumos para o combate a Covid-19. Como reflexo dessa última, dos sete Hospitais Estaduais de Campanha de

Covid-19<sup>12</sup>, seis foram fechados – quase 1.000 leitos especializados desativados – justo em tempos tão sombrios e de aprofundamento pandêmico. A única Unidade que permanece ativa, o faz sob determinação judicial desde agosto de 2020. Contudo, a sua manutenção e o pagamento da folha de salários dos funcionários sofrem duros cortes e atrasos justificados pela ausência de repasse de verbas<sup>13</sup>.

A forma autorizada para a contratação de pessoal pelas OSS é passível de burlar, posto que o Acórdão nº 1187/2019, que modificou o Acórdão nº 2.444/2016, propugna que o Tribunal de Contas da União poderá utilizar essa orientação da Secretaria do Tesouro Nacional quando fizer os acompanhamentos dos Relatórios de Gestão Fiscal. A medida reforça a orientação do Governo Federal de que os gastos com as OS nessas circunstâncias devem ser computados como despesas de pessoal para fins de verificação do cumprimento do teto estabelecido na LRF.

Esse acórdão isenta as OSS de contratação de pessoal via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)<sup>14</sup>, flexibilizando e precarizando a admissão de pessoal via pejetização<sup>15</sup>. A *pejetização* suprime a relação empregador e empregado e institui uma relação empresa e empresa, isentando as partes de compromisso com os direitos trabalhistas, efetivando um tipo de processo de *(re)terceirização ou quarteirização* do trabalhador. Esse processo é operacionalizado quando o Estado terceiriza a gestão das OSS, que por sua vez contratam outra empresa para que os trabalhadores sejam admitidos como associados. Com isso, não são mais enquadrados nas regras da CLT.

Dentre as instituições que tem tramitado este tipo de processo destacam-se o Instituto Unir Saúde, Instituto Diva Alves do Brasil e Instituto Solidário, que conseguiu seu primeiro contrato na gestão do Governo de Wilson Witzel (2019-2021)<sup>16</sup>. Nos dados coletados na SES/RJ, o Instituto Lagos Rio é o pioneiro em receber recursos públicos na gerência das unidades de saúde, seguido do Hospital Psiquiátrico Mahatma Gandhi.

Esses exemplos confirmam que as OSS são instrumentos de manobra do dinheiro público favorecedores de corrupção e sonegação de impostos, que reiteram os propósitos de desmonte do SUS e o enriquecimento ilícito de muitos.

Outro achado desse estudo identificou um redirecionamento do montante designado às políticas públicas de saúde para outras áreas como publicidade e propaganda, a exemplo da Nota de Empenho 2020NE00093. A2020NE00093 no valor de R\$ 9.000.000,00. Sabe-se que os gastos com campanhas publicitárias estão proibidos, porém existe exceção para os casos de utilidade pública, o que oportunamente foi

justificado pelos representantes públicos, pela urgência de campanhas realizadas com foco na prevenção da Covid-19.

### **Conclusões**

A pandemia da Covid-19 desnuda o desmonte do SUS e a intensificação dos processos de privatização das políticas públicas de saúde, solidificado no fortalecimento das OS, principalmente daquelas designadas para a gestão dos Hospitais de Campanha exclusivos para o atendimento de pessoas infectadas pelo Coronavírus.

Além disso, em ano de eleições municipais, as OS foram utilizadas como instrumento de efetivação do *clientelismo político*, posto que podem oportunizar vagas e contratar pessoal para cargos de confiança e gerência sem nenhum critério e sem ferir a Lei de Responsabilidade Fiscal.

Por outra via, a atuação das OSS não representa resultados efetivos para a população e para manutenção do SUS, o que pode ser comprovado mediante a proliferação de problemas e escândalos ligados a este modelo de gestão no enfrentamento da pandemia da Covid-19, principalmente aqueles relacionados ao expressivo aumento de contratos firmados, que até o momento em que este texto está sendo fechado, equivale a 27 novos contratos e muitas investigações por parte do Ministério Público Federal (MPF). Outra questão diz respeito a já citada ausência de transparência dos contratos, que apresentam valores superfaturados.

Depreende-se, pois, que as questões referentes às OSS têm comprometido a operacionalização das Unidades de Saúde, promovendo uma suposta falência destas Unidades. Este processo termina por se constituir na pá de cal que soterra o SUS e entrega a saúde pública para as empresas privadas.

A regulamentação do SUS – como um sistema único, universal, gratuito e público – não reprimiu os ataques privatizantes que se colocam na agenda das políticas públicas, principalmente a partir da entrada de políticas econômicas de corte claramente neoliberal nos diversos governos brasileiros.

Essas propostas privatizantes, que se manifestaram inicialmente ao logo do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), tinham por prioridade incorporar o modelo de gestão da iniciativa privada ao espaço público. Tais propostas traziam como pano de

fundo as orientações do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial (BM), de abertura dos serviços públicos às empresas de serviços privados.

Uma das questões centrais é que a reforma administrativa generalista que ocorreu no Brasil a partir dos anos 1990, que inspirou o surgimento das OS, apunhalou a direção dada a saúde pela Reforma Sanitária. Tal fato veio acompanhado de propostas de gerenciamento no âmbito da administração pública indireta, que passaram incorporar a lógica gerencial.

Com a pandemia do Covid-19, novos e velhos problemas se (re)apresentaram principalmente no que se refere a situação da saúde pública no Brasil. O primeiro refere-se a transferência de responsabilidade na operacionalização do SUS, que tem origem nas propostas bresserianas e se intensificaram ao longo dos últimos anos, associado à entrada das OSS, EBSERH e Fundação Saúde.

O segundo trata do limite da política pública, dada a falta de investimento decorrente de anos de cortes financeiros significativos, principalmente os reforçados pela Emenda Constitucional 95/2016, que congelou os investimentos na operacionalização do SUS e das políticas sociais públicas por 20 anos.

Finalmente, o terceiro elemento traz à tona a corrupção, a malversação do dinheiro público, o incentivo à indústria farmacêutica e a privatização completa do SUS. Na agenda atual, a ampliação dos contratos de prestação de serviços com as OSS tornou-se o carro-chefe no enfrentamento da pandemia, principalmente na gestão dos Hospitais de Campanha.

Por fim, cabe a reflexão de que a maior dificuldade de superação da pandemia do Covid-19 está na desorganização da política pública de saúde brasileira por parte dos gestores, que ao invés de priorizarem atender as necessidades da sanitárias e da população, oportunizam o enriquecimento. Sem falar ainda na falta de reconhecimento sobre a importância do SUS, como responsável por prestação de assistência à saúde em distintos níveis hierarquizados e como área de ciência e pesquisa.

Mais que nunca, é hora de reagir e reafirmar a Saúde como um direito universal de cada cidadão brasileiro.

## Notas

<sup>1</sup> O modelo campanhista respondeu à necessidade de combater as epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola, posto que os produtos brasileiros estavam sendo recusados no exterior pelo receio de transportarem os vetores destas doenças. Tendo como principal expoente o sanitarista Oswaldo Cruz, este modelo previa a vacinação compulsória da população e a desinfecção dos espaços públicos e domiciliares pelos agentes de saúde.

<sup>2</sup> Na Alemanha do final do século XIX, o governo de Otto von Bismarck instituiu uma forma de seguro social público obrigatório, destinado a algumas categorias específicas de trabalhadores “As medidas compulsórias de seguro social público têm como pressuposto a garantia estatal de prestações de substituição de renda em momentos de perda da capacidade laborativa, decorrente de doenças, idade ou incapacidade para o trabalho.” (Behring & Boschetti, 2006, p. 65).

<sup>3</sup> Essa lei coloca saúde como direito social universal e delimita a participação do setor privado na saúde pública apenas em caráter complementar, viabilizada, preferencialmente, por entidades filantrópicas.

<sup>4</sup> De acordo com Chesnais (1996), o processo de mundialização é uma fase específica do processo de internacionalização do capital, que possui como característica o movimento conjunto de acumulação ininterrupta do capital e das políticas de liberalização econômica, de privatização e desregulamentação das conquistas sociais e democráticas.

<sup>5</sup> “Organizações Sociais (OS) são um modelo de organização pública não estatal destinado a absorver atividades publicitáveis mediante qualificação específica. Trata-se de uma forma de propriedade pública não-estatal, constituída pelas associações civis sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público”. (BRASIL, 1998, p.13).

<sup>6</sup> “Este documento foi elaborado pelo Instituto Coalizão Brasil, formado por representantes da cadeia produtiva do setor saúde e que tem como objetivo enfrentar e construir um novo sistema de saúde para o Brasil. O documento final foi elaborado por 80 especialistas e 30 instituições. A tese defendida pelo grupo é a de que os setores públicos e privado precisam construir uma rede integrada de cuidados contínuos. A integração pressupõe mais participação da iniciativa privada na gestão dos serviços, através de um novo modelo de governança. Há a preocupação com a participação de empresários na difusão de ideias e disputa político-ideológica, bem como com a possível apropriação de conceitos do SUS de modo a atribuir outros significados”. (BRAVO, PELAEZ & PINHEIRO, 2018, p. 16-17)

<sup>7</sup> Nunca é demais lembrar que o candidato Jair Bolsonaro fugiu de todos os debates durante a sua campanha eleitoral. As propostas para o seu governo – superficiais generalistas – só puderam ser vislumbradas a partir do Programa.

<sup>8</sup> Cujas reformas foram encaminhadas ao Congresso Nacional em fevereiro de 2019 – um mês após a posse de Bolsonaro – e promulgadas em 13 de novembro deste mesmo ano, abrangendo tanto o Regime Geral da Previdência Social (RGPS) quanto o Regime Próprio da Previdência Social (RPPS) da União. Dentre as várias mudanças, instituiu nova idade mínima e tempo de contribuição para homens e mulheres. O cálculo do valor da aposentadoria também sofreu alterações consideráveis (evidentemente com prejuízo para os trabalhadores).

<sup>9</sup> “Falhas de governança – a ausência de incentivos e responsabilização que garantiriam a prestação dos serviços com custo e qualidade aceitáveis, ambos essenciais para melhorar o estado de saúde da população” (WORLD BANK, 2007, p.03).

<sup>10</sup> Dentre as várias matérias jornalísticas a respeito, pode-se pesquisar em <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2018/12/14/operacao-mira-quadrilha-que-desviou-dinheiro-da-saude-no-rj.ghtml>. Acesso em 30 de set de 2020.

<sup>11</sup> Também amplamente noticiado. Ver em <https://odia.ig.com.br/rio-de-janeiro/2020/05/5922990-policia-federal-faz-operacao-na-residencia-oficial-do-governador-wilson-witzel.html#foto=1>. Acesso em 30 de set. de 2020

<sup>12</sup> Nota-se, principalmente quando se debruça sobre o Contrato 027/2020, firmando entre a Secretaria Estadual de Saúde e o Instituto de Atenção Básica Avançada a Saúde (IABAS), que os valores repassados para o IABAS são significativos, mas os serviços oferecidos não atenderam às reais necessidades da população. No caso dos Hospitais de Campanha, nenhum funcionou minimamente por 6 meses, conforme previsto nos contratos.

<sup>13</sup> Segundo informações constantes no sítio da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

<sup>14</sup> Contratação formal inscrita em Carteira de Trabalho do funcionário, que define uma série de tributos e responsabilidades do empregador em relação aos direitos trabalhistas do empregado.

<sup>15</sup> Os empregados, de pessoas físicas, passam a ser pessoas jurídicas – sem direito trabalhista algum. Essa movimentação gera uma flexibilidade e uma locomoção enorme de dinheiro público, o que favorece a corrupção e a sonegação. O microempreendedor individual (MEI) tem sido uma alternativa nesta nova dinâmica de pejetização.

<sup>16</sup> Governador do Rio de Janeiro, eleito em 2018 apoiando Jair Bolsonaro e comemorando o assassinato da vereadora Marielle Franco. Seu declínio começou justamente na pandemia, quando o Sub-Secretário e o Secretário de Saúde do Rio de Janeiro foram investigados e presos por compra de respiradores sem licitação e desvio de R\$ 40 milhões na compra de equipamentos médicos respectivamente. Indícios do envolvimento de Witzel foram encontrados pelo Ministério Público Federal (MPF), indicando superfaturamento em contratos com a IABAS. Witzel foi afastado do cargo, tendo o seu *impeachment* votado em 30/04/2021.

## Referências Bibliográficas

- Behring, E.; Boschetti, I. (2006). *Política Social: fundamentos e História*. São Paulo: Cortez.
- Bravo, M. I. (1996). *Serviço Social e Reforma Sanitária. Lutas sociais e práticas profissionais*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Editora UFRJ.
- Bravo, M. I. (1999). A Política de Saúde na década de 1990: projetos em disputa. *Superando Desafios*. Rio de Janeiro: UERJ/HUPE, 4, 29-34.
- Bravo, M.I.S., Pelaez, E.J., & Pinheiro, W.N. (2018). As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. *Argumentum*, 10(1), 6–23. Disponível em: <https://doi.org/10.18315/argumentum.v10i1.19139>
- Chesnais, F. (1996). *A Mundialização do Capital*. São Paulo: Xamã.
- Correia, M.V.C. (2007). A Saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contramão da política de saúde. *Temporalis*, 7 (13), 11-38.
- Junqueira, V. (2007). Organizações sociais e as fundações estatais de direito privado – duas faces da contrarreforma de Estado na saúde. *Temporalis*, 7 (13), 67-90.
- Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Casa Civil. Brasília (DF). Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm). Acesso 02 fev. 2019.
- Leite, J.L. (2018). Pontos de partida e horizontes de espera. A conjuntura brasileira após o golpe de 2016. Montañó, C.; Leite, J.L.; Guerra, Y. (orgs.). *Expressões da ofensiva ultraconservadora na conjuntura contemporânea*. Rio de Janeiro: UFRJ.
- Leite, J. L. (2010). “Questão social” no Brasil e políticas sociais brasileiras. O governo Lula em pauta. *Temas e Matizes*. 9 (17), 87-102.
- Medida Provisória nº 1.591, de 09 de outubro de 1997. Casa Civil. Brasília (DF). Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/MPV/Antigas/1591.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/Antigas/1591.htm). Acesso 10 out. 2018.
- Menezes, D.; Leite, J.L. (2016). A Nova Configuração da Política de Saúde no Brasil: o Rio de Janeiro como laboratório. *Revista de Políticas Públicas*. 20 (1), 121-136.

- Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado do Brasil (1995). *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília (DF).
- Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado do Brasil (1998). Secretaria da Reforma do Estado. Organizações Sociais. *Cadernos MARE de Reforma do Estado* (2).
- Netto, J. P. (2001). *Capitalismo monopolista e Serviço Social*. São Paulo: Cortez.
- Netto, J.P. (1996). Transformações societárias e Serviço Social: notas para um análise prospectiva da profissão no Brasil. *Revista Serviço Social & Sociedade*, 50 (17), São Paulo: Cortez, 87 – 132.
- Pereira, P. (2011) *Política Social: Temas & Questões*. São Paulo: Cortez.
- RIO DE JANEIRO (2020). Secretaria Estadual de Saúde. Portal da Subsecretaria da Controladoria Geral da SES. Transparência. *Contratos de Gestão*. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/transparencia/aceso-a-informacao>. Acesso 23 set. 2020.
- Soares, L.T. (2001). *Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Soares, R.C. (2012). A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. Bravo. M.I. de S.; Menezes, J. S.B. (orgs.). *Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais*. São Paulo: Cortez.
- World Bank (2007). Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos. *Relatório nº. 36601-BR*. Washington.